



3131 "O" STREET
LINCOLN, NE 68510-1514
402-441-8000

VFC: MC Arbor/non-billable Underinsured Uninsured
 Alaskan/Native American HS (VFC Guidelines)
NONVFC: Private Pay Refugee AGR37 HS (PP/AGR37)

QUESTIONS DE DÉPISTAGE POUR LES PERSONNES À ÊTRE IMMUNISÉES.

Avez-vous reçu aucun vaccin ailleurs que dans cette clinique? OUI NON

Avez-vous apporté un carnet de vaccination aujourd'hui? OUI NON

Veillez répondre aux questions suivantes à propos de la personne recevant les vaccins aujourd'hui.

- | | OUI | NON |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. La personne recevant les vaccins aujourd'hui a-t-elle une fièvre?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. A un cancer, lymphome, HIV/SIDA ou quelque autre problème du système immunitaire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Reçoit des médicaments, un traitement, ou une radiation contre les maladies ci-dessus?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Prend tout médicament semblable à la cortisone?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. A reçu des vaccins pendant ces 4 dernières semaines?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Avait eu une réaction grave après avoir reçu un vaccin?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Est allergique au Néomycine, Streptomycine, Polymyxine B, Thimerosal, gélatine ou levure? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Est enceinte ou envisage d'être enceinte le mois prochain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. A eu une crise ou autre problème du système nerveux ou un antécédent familial de crise? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hépatite B (HBV)

1. Actuellement a l'Hépatite B ou est un porteur de l'Hépatite B OUI NON

MMR, Varicelle, ou ProQuad

1. A reçu du gamma globuline, une transfusion sanguine, du plasma, ou des plaquettes sanguines pendant les 11 derniers mois?..... OUI NON
2. A eu la maladie de la Varicelle? Si oui, Mois _____ Année _____ OUI NON

RotaTeq

1. Vous a-t-on jamais dit que votre bébé a eu une intussusception?..... OUI NON

Vaccin contre la grippe

1. Est allergique aux œufs, produits à base d'œufs, ou a des réactions graves en mangeant des œufs? OUI NON
2. Avez-vous jamais eu le Syndrome de Guillian-Barré? OUI NON

Pneumonie

1. Depuis l'âge de 65 ans, avez-vous reçu une vaccination contre la pneumonie? OUI NON
2. Avez-vous jamais reçu une vaccination contre la pneumonie?..... OUI NON

TB (Test cutané de Tuberculose)

1. A eu la Tuberculose ou un Test cutané positif de tuberculose?..... OUI NON
2. A eu une maladie virale plus grave qu'un rhume pendant les 60 derniers jours?..... OUI NON

On m'a donné ou lu la fiches d'information sur les vaccins <input type="checkbox"/> (Marquez, SVP)		Refus VIS <input type="checkbox"/> (Marquez SVP)
_____	X _____	_____
Date	Signature de la Personne Recevant l'Immunisation(s)/Vaccin(s)/Test cutané de TB Ou la personne autorisée à demander les services(parent/gardien si moins de 19 ans)	Relation (si autre que soi-même)
_____	_____	_____
Nom de l'Interprète (Si besoin est)	Signature de l'Interprète (Si besoin est)	Langue Interprétée (Si besoin est)

***NOTE: Cette déclaration expire 14 jours après la date où cette forme a été signée.

05/2018